

Administración del Seguro Social

Información importante



**ESTA CARTA ES SÓLO PARA SU INFORMACIÓN.
NO LLENE LAS PÁGINAS SIGUIENTES.
ESTO NO ES UNA SOLICITUD.**

Usted podría tener derecho a recibir un beneficio adicional para pagar sus gastos de recetas médicas.

El programa de Recetas Médicas de Medicare entró en vigor el 1º de enero de 2006. El programa ofrece distintos planes de recetas médicas con varias opciones de cobertura.

Usted podría recibir un beneficio adicional para ayudar a pagar el deducible anual, las primas y los copagos relacionados al programa de Recetas Médicas de Medicare.

Antes que podamos ayudarle, **debe llenar la solicitud y enviarla hoy mismo por correo en el sobre adjunto**. También tiene la opción de llenar una solicitud en línea en www.segurosocial.gov (sólo se ofrece en inglés). Revisaremos su solicitud y le enviaremos una carta notificándole si tiene derecho al beneficio adicional. También le enviaremos información sobre el programa de Recetas Médicas de Medicare. Necesita inscribirse en un plan de Recetas Médicas de Medicare para usar este beneficio adicional.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud, llame al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**). Para informarse mejor visite www.segurosocial.gov.

Si necesita información sobre el programa de Recetas Médicas de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (TTY 1-877-486-2048) o visite www.medicare.gov.

Envíe su solicitud por correo hoy mismo. Le dejaremos saber si tiene derecho al beneficio adicional.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Michael J. Astrue".

Michael J. Astrue
Comisionado

Instrucciones generales para llenar la solicitud para recibir ayuda con los gastos del plan de Recetas Médicas de Medicare



Para proveer un beneficio adicional pagando sus gastos de recetas médicas

¿Tiene usted (o la persona por la cual solicita) Medicare y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, sus siglas en inglés) o Medicare y Medicaid o el estado donde vive paga sus primas de Medicare?

Si la respuesta es **SÍ**, no llene esta solicitud, usted recibirá el beneficio adicional automáticamente. Usted recibirá otra carta explicando cómo recibirá el beneficio adicional. Si la respuesta es **NO** o **NO ESTOY SEGURO**, favor de llenar esta solicitud. Por favor, lea las siguientes instrucciones antes de llenar esta solicitud. Conteste todas las preguntas a menos que se le indique lo contrario.

Cómo llenar esta solicitud

- Use **TINTA NEGRA** o un **lápiz #2**;
- Mantenga sus números, letras y X dentro de los encasillados; use sólo letras **MAYÚSCULAS**;
- Cuando escriba una cantidad de dinero, no escriba el signo de dólar. El signo de dólar ya está impreso en la solicitud; y
- Redondee los centavos a dólares.

EJEMPLO

Ponga una X en el encasillado. **NO** use marcas de cotejo ni sombree los encasillados.

CORRECTO	INCORRECTO

EJEMPLO

Use letras mayúsculas cuando escriba sus respuestas

A	B	C	D
---	---	---	---

Si usted está ayudando a otra persona con esta solicitud

Conteste las preguntas como si fuera esa persona. Usted debe saber el número de Seguro Social y los datos financieros de la persona. También debe llenar la Sección B en la página 6.

Para llenar su solicitud

Usted puede llenar una solicitud en línea en www.segurosocial.gov (sólo se ofrece en inglés) o puede llenar y firmar este formulario y devolverlo por correo en el sobre predirigido y franqueado adjunto a:

**Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**

Devuelva el paquete completo en el sobre adjunto. No incluya anexos. Si necesitamos más información, tal como estados de cuentas de instituciones financieras, nos comunicaremos con usted.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud

Nos puede llamar a nuestro número gratis, **1-800-772-1213**, o si es sordo o tiene problemas auditivos, puede llamar a nuestro número TTY, **1-800-325-0778**.



<p>Solicitud para recibir ayuda con los gastos del plan de Recetas Médicas de Medicare</p>	<p>PARA USO OFICIAL SOLAMENTE</p>
<p>ESTA SOLICITUD NO ES UNA INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE RECETAS MÉDICAS DE MEDICARE.</p>	<p>State code: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> WBD0C Exception: <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/></p>

1. Nombre del solicitante (En letra de molde, escriba una letra por encasillado.)

--	--

NOMBRE

INICIAL

--	--

APELLIDO

SUFIJO (Jr., Sr., etc.)

--	--	--	--	--	--

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE (MES-DÍA-AÑO)

2. Si usted está **casado y vive con su cónyuge**, favor de proveer la siguiente información sobre su cónyuge. Si usted no está casado actualmente o no vive con su cónyuge, pase a la pregunta 3.

--	--

NOMBRE

INICIAL

--	--

APELLIDO

SUFIJO (Jr., Sr., etc.)

--	--	--	--	--	--

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE

FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE (MES-DÍA-AÑO)

Si su cónyuge tiene Medicare, ¿desea él o ella solicitar el beneficio adicional? **SÍ** **NO**

3. Si usted es soltero(a), viudo(a) o su cónyuge no vive consigo, ¿valen sus ahorros, inversiones y bienes raíces (aparte de su hogar) más de \$11,710? Si está casado y vive con su cónyuge, ¿valen los artículos antes mencionados más de \$23,410? Incluya los artículos que usted posee solo, además de los que posee con su cónyuge u otra persona. **No incluya su hogar, vehículos, lotes en el cementerio ni posesiones personales.**

SÍ Si escribe una en el encasillado de **SÍ, PARE**. No tiene derecho a recibir el beneficio adicional y no necesita devolver esta solicitud. Si usted necesita una decisión formal por escrito, firme la solicitud en la página 6 y devuélvanosla.

NO o NO ESTOY SEGURO Si escribe una en el encasillado de **NO** o **NO ESTOY SEGURO**, llene el resto de la solicitud y devuélvanosla.



Si escribió una en el encasillado de NO o NO ESTOY SEGURO en la pregunta 3, conteste todas las preguntas siguientes. Si está casado y vive con su cónyuge, usted tiene que contestar todas las preguntas para ambos.

4. Por favor indique el valor total (cantidad monetaria) de las cuentas bancarias, inversiones o dinero en efectivo que usted, su cónyuge (si están casados y viven juntos) o ambos poseen en los encasillados siguientes. Incluya los artículos que cualquiera de los dos poseen con otra persona. (Incluya sólo las cantidades de dólares, no provea sus números de cuenta.) Si usted o su cónyuge (si están casados y viven juntos) no posee ninguno de los artículos mencionados, ya sea solo, juntos o con otra persona, escriba una en el encasillado de NINGUNO.

• Cuentas bancarias (cheques, ahorros y certificados de depósito)	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Acciones, bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos, Cuentas de Retiro Individual (IRA) u otras inversiones similares	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Cualquier otro dinero en efectivo en la casa u otro lugar	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

5. ¿Posee usted pólizas de seguro de vida con un valor nominal total mayor de \$1,500? Si vive con su cónyuge conteste para ambos. Si contestó **NO** para ambos, pase a la pregunta 6.

USTED: SÍ NO

SU CÓNYUGE (si viven juntos): SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ** para cualquiera de los dos, ¿cuánto dinero recibirá si cambia su(s) póliza(s) de seguro por dinero ahora mismo? Indique la cantidad. Si respondió **SÍ** para ambos, indique la cantidad combinada. (No nos referimos al valor nominal de la(s) póliza(s). Es posible que tenga que llamar a su compañía de seguros para que le ayuden con esta pregunta.)

\$, .

6. ¿Espera usted usar dinero de alguna de las fuentes mencionadas en las preguntas 4 ó 5 para pagar gastos fúnebres o de entierro?

USTED: SÍ NO

SU CÓNYUGE (si viven juntos): SÍ NO

7. Además de su hogar y la propiedad donde se encuentra, ¿posee usted (o su cónyuge, si están casados y viven juntos) bienes raíces?

SÍ NO



8. El número de personas en su hogar podría afectar la cantidad del beneficio que usted puede recibir. Por eso, necesitamos saber cuántos de los familiares que viven con usted (y su cónyuge, si están casados y viven juntos) reciben por lo menos la mitad de su sustento financiero de parte de usted o su cónyuge. Los familiares incluyen a las personas con parentesco por sangre, matrimonio o adopción.

¿Cuántos de los familiares que viven con usted y su cónyuge reciben por lo menos la mitad de su sustento financiero de parte de usted o su cónyuge? **No se incluya a sí mismo ni a su cónyuge.** (Escriba una en sólo uno de los encasillados.)

<input type="checkbox"/>									
NINGUNO	1	2	3	4	5	6	7	8	9 o más

9. Si usted (o su cónyuge, si están casados y viven juntos) recibe ingresos de una de las fuentes siguientes, indique el **ingreso MENSUAL total**. Si cambia de mes a mes o no lo recibe mensualmente, **indique el ingreso mensual promedio del año pasado para cada fuente** en los encasillados correspondientes. No anote salarios ni ingresos de trabajo por cuenta propia, intereses, ayuda pública, reembolsos médicos o pagos por Cuidado de Crianza. Si usted o su cónyuge no reciben ingresos de ninguna de estas fuentes, escriba una en el encasillado de **NINGUNO**.

		Beneficio mensual
• Beneficios de Seguro Social (antes de deducciones)	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Beneficios de Retiro Ferroviario (antes de deducciones)	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Beneficios de Veteranos (antes de deducciones)	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Otras pensiones o anualidades (No incluya dinero de los artículos que ya incluyó en la pregunta 4.)	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>
• Otro ingreso no mencionado anteriormente, incluya pensión alimenticia, ingreso neto de alquiler, compensación de trabajadores, etc. (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> NINGUNO	\$ <input type="text"/> , <input type="text"/> . <input type="text"/>

10. En los últimos dos años, ¿han disminuido alguna de las cantidades que incluyó en la pregunta 9?

SÍ **NO**

11. ¿Usted (o su cónyuge, si están casados y viven juntos) recibe o le ayudan a pagar por algunos de los siguientes gastos del hogar—comida, hipoteca, alquiler, gas o combustible para la calefacción, electricidad, agua e impuestos de propiedad? (**NO incluya** cupones de alimento, reparaciones al hogar, ayuda de una agencia de vivienda, ayuda de un programa de asistencia de energía, Alimentos Sobre Ruedas (en inglés, Meals on Wheels) o ayuda con tratamientos médicos o medicamentos.)

SÍ **NO**

Si escribe una en el encasillado de **SÍ**, indique la cantidad mensual que recibe. Si no es una cantidad fija, indique el promedio mensual del año pasado.

\$, .



Si usted ha trabajado en los últimos dos años, debe contestar las preguntas 12-16. Si usted está casado y vive con su cónyuge y cualquiera de los dos ha trabajado en los últimos dos años, debe contestar las preguntas 12-16. De lo contrario, firme la solicitud en la página 6 y devuélvanosla.

12. ¿Cuánto espera ganar en salarios durante este año, antes que le deduzcan los impuestos?

USTED: NINGUNO \$, .

SU CÓNYUGE (si viven juntos): NINGUNO \$, .

13. Si trabaja por cuenta propia, ¿cuánto espera que sean sus ingresos o pérdidas netas este año?

Si no trabaja por cuenta propia, escriba una en el encasillado de **NINGUNO**.

USTED: NINGUNO \$, .

SU CÓNYUGE (si viven juntos): NINGUNO \$, .

Escriba una aquí si usted o su cónyuge espera una pérdida neta.

USTED: **SU CÓNYUGE (si viven juntos):**

14. En los últimos dos años, ¿han disminuido las cantidades que incluyó en las preguntas 12 ó 13?

SÍ **NO**

15. Si usted o su cónyuge (si están casados y viven juntos) dejó de trabajar en el 2006 ó 2007, o planifica dejar de trabajar en el 2007 ó 2008, indique el mes y el año.

EJEMPLO

De enero a septiembre escriba un cero (0) en el primer encasillado. Mayo de 2007 debe leer:

<input type="text"/>					
0	5	2	0	0	7
MES		AÑO			

USTED:
MES AÑO

SU CÓNYUGE :
(si viven juntos) MES AÑO

Si usted es menor de 65 años, conteste la pregunta número 16. Si usted está casado y vive con su cónyuge, y cualquiera de los dos es menor de 65 años, conteste la pregunta 16. De lo contrario, firme la solicitud en la página 6 y devuélvanosla.

16. ¿Tiene usted o su cónyuge (si están casados y viven juntos) que pagar por artículos que le permitan trabajar? Sólo contaremos parte de sus ganancias hacia el límite de ingresos si usted trabaja y recibe beneficios de Seguro Social por una incapacidad o ceguera y tiene gastos de trabajo por los cuales no recibe reembolso. Unos ejemplos de tales gastos son: el costo de tratamiento médico y medicina para SIDA, cáncer, depresión o epilepsia; una silla de ruedas; servicios de un asistente personal; modificaciones a un vehículo, un chofer u otro servicio de transportación especial que sea necesario para viajar al trabajo; asistencia tecnológica relacionada con su trabajo; gastos de perro guía; ayudas visuales y sensoriales; y traducciones en Braille.

USTED: **SÍ** **NO** **SU CÓNYUGE (si viven juntos):** **SÍ** **NO**



Firmas

Yo entiendo/Nosotros entendemos que al someter esta solicitud estoy/estamos declarando bajo pena de perjurio que he/hemos examinado toda la información en este formulario y que es cierta y correcta a mi/nuestro mejor entender. Yo entiendo/Nosotros entendemos que cualquier persona que dé información falsa o mal intencionada sobre un hecho material o cause que alguien lo haga, comete un crimen y puede ser encarcelado, enfrentar otras penalidades o ambas. Yo entiendo/Nosotros entendemos que la Administración del Seguro Social puede cotejar mi declaración/nuestras declaraciones y compararlas con los registros de otras agencias del gobierno federal, estatal o local, incluyendo el Servicio de Impuestos Internos, para asegurar que la determinación esté correcta. Al someter esta solicitud yo autorizo/nosotros autorizamos a la Administración del Seguro Social a obtener y divulgar información relacionada a mis/nuestros ingresos, recursos y bienes, tanto domésticos como extranjeros, de acuerdo a las leyes de confidencialidad que aplican. Esta información puede incluir, pero no está limitada a, información sobre mis/nuestros ingresos, balances de cuentas, inversiones, pólizas de seguros, beneficios y pensiones. **Por favor llene la Sección A. Si usted no puede firmar, un representante puede firmar por usted. Si alguien le ayudó con la solicitud, también debe llenar la Sección B.**

Sección A

Su firma:	Fecha:	Número de teléfono: () —
Firma de su cónyuge:	Fecha:	
Su dirección postal:		N.º de apt.:
Ciudad:	Estado:	Zona postal:

Si su dirección postal cambió en los últimos tres meses, escriba una aquí:

Si tenemos más preguntas y usted prefiere que nos comuniquemos con otra persona, por favor provea el nombre y un número de teléfono diurno de esa persona.

Nombre (en letra de molde):	Apellido (en letra de molde):	Número de teléfono: () —
-----------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Sección B

Si usted está ayudando a otra persona, escriba una en el encasillado que lo describa a usted y provea su dirección y número de teléfono diurno.

<input type="checkbox"/> Pariente	<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Otro procurador	<input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Agencia	<input type="checkbox"/> Trabajador Social	_____

Nombre (en letra de molde):	Apellido (en letra de molde):	Número de teléfono: () —
Dirección:		N.º de apt.:
Ciudad:	Estado:	Zona postal:



Aviso de la Ley de Confidencialidad/ Ley de Reducción de Documentos de Trabajo

La Sección 1860 D-14 de la *Ley del Seguro Social* autoriza la recopilación de la información que se solicita en este formulario. La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) usará la información que usted provea para determinar si tiene derecho a recibir ayuda para pagar la parte que le corresponde de los costos de un plan de Recetas Médicas de Medicare. Usted no tiene que darnos la información que pedimos. Sin embargo, si no provee la información, no podremos hacer una decisión a tiempo y correcta sobre su solicitud. Podemos divulgar la información recopilada en este formulario a otras agencias del gobierno federal, estatal o local para que nos ayuden a determinar si usted tiene derecho al beneficio adicional, o si una ley federal requiere que se divulgue la información.

También podemos usar la información que usted nos dé cuando comparemos registros por computadora. Hay programas que comparan nuestros registros con los de otras agencias del gobierno federal, estatal o local. Muchas agencias usan estos programas de comparación para determinar o verificar que una persona tiene derecho a beneficios pagados por el gobierno federal. La ley nos permite hacer esto aunque usted no esté de acuerdo. En las oficinas de Seguro Social, usted podrá encontrar explicaciones sobre estas y otras razones por las cuales la información que usted nos provee puede divulgarse o usarse. Si usted quiere saber más sobre esto, comuníquese con una oficina del Seguro Social.

Declaración sobre la Ley de Reducción de Documentos de Trabajo — Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la *Ley de Reducción de Documentos de Trabajo de 1995*. No se requiere que usted conteste estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Calculamos que tomará alrededor de 35 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. **Por favor, sólo envíe comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a esta dirección, no el formulario completado.**

**ENVÍENOS EL FORMULARIO COMPLETADO A LA DIRECCIÓN MOSTRADA
EN EL SOBRE FRANQUEADO ADJUNTO:**

**Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**